

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 35

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

CONTUSIONS HERNIAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 4 octobre 1939

PAR

Pierre-Jean-Sylvestre PALUTEAU

Né à LIBOURNE (Gironde), le 31 décembre 1913

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur	Président.
DUVERGEY, professeur	Juges
PAPIN, professeur	
MASSÉ, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1939

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 35

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CONTUSIONS HERNIAIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 4 octobre 1939

PAR

Pierre-Jean-Sylvestre PALUTEAU

Né à LIBOURNE (Gironde), le 31 décembre 1913

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		DUVERGEY, professeur	Juges
		PAPIN, professeur	
		MASSÉ, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales...	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOËUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique...	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMEN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie.	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	GREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	LOUBAT.
Physiologie	N.	id.	MASSÉ.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	DARGET.
id.	DELMAS-MARSALET.	id.	N.
id.	DE GRAILLY.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	FONTAN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	BROUSTET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DERVILLEE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	N.	Physique médicale	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Ophtalmologie	CABANNES (en congé)
Accouchements	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceut. que	AURIAC.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Puériculture	FAUGÈRE.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLEE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.

N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Qu'une terrible maladie ravit à ma
profonde affection.

A MON PERE

Bien faible témoignage pour toute une
vie de sacrifices et de dévouement.

A MON GRAND-PERE ET A MA GRAND-MERE

Témoignage de ma plus tendre pitié
filiale.

A MA FEMME ET A MON PETIT MARC

Preuve de ma très grande et très pro-
fonde affection.

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRERE

Interne des Hôpitaux.

Qui fut toujours mon meilleur ami.

A MA BELLE-FAMILLE

Mon souvenir le plus affectueux.

MEIS ET AMICIS

A LA MEMOIRE DE MON COUSIN
LE DOCTEUR COSMA DUBUC
MORT DANS L'EXERCICE DE SA PROFESSION

A MON JURY DE THESE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien à l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Permettez-moi, mon cher Maître, de vous offrir ce modeste travail que vous avez bien voulu m'inspirer, guider et présider. Ce n'est qu'un faible témoignage de l'immense et respectueuse affection qu'un de vos élèves, parmi tant d'autres, vient vous présenter avec toute sa gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
CONTUSIONS HERNIAIRES

INTRODUCTION

Notre belle vie d'étudiant se trouve assombrie, au moment où nous avons le plus d'espoir en la vie qui s'ouvrait devant nous, par la chose la plus abominable que tout homme exècre : la guerre...

Nous comptons faire, sur le sujet que notre Maître, M. le Professeur Guyot, a inspiré et guidé, un travail assez approfondi, mais, limité par le temps, nous avons été obligé de réduire notre labeur.

Nous nous en excusons auprès de nos Maîtres et leur demandons toute leur indulgence. Nous ferons de notre mieux pour exprimer en quelques courtes pages ce vaste sujet des contusions herniaires.

La définition en sera simple : il s'agit d'une lésion traumatique intéressant une hernie, mais ne s'accompagnant pas de solutions de continuité au niveau de la peau.

Les ouvrages classiques mentionnent à peine cet accident des hernies; cependant il est connu depuis longtemps,

puisque Key, en 1827, en fait mention, ainsi que Duguet en 1863, qui observa la mort d'un malade au bout de vingt-quatre heures.

Si les faits de contusions herniaires sont d'observation peu fréquente, c'est qu'ils sont assez souvent confondus avec des contusions de l'abdomen en général. Nous allons essayer de grouper dans ce modeste travail les faits cliniques et en tirer des conclusions pratiques. Nous laisserons de côté les accidents consécutifs au taxis. De nombreuses observations de désastres sont imputables à ce procédé. Aujourd'hui, nous en connaissons le danger, et le taxis, tel qu'on le pratiquait autrefois, est complètement déchu, remplacé avec beaucoup de succès par la kélotomie.

Nous ne considérerons que les cas où un traumatisme, plus ou moins violent et accidentel, porte sur une hernie.

Le plan de notre étude sera le suivant :

Dans un premier chapitre, nous étudierons l'étiologie et la pathogénie des contusions herniaires. Dans un deuxième chapitre, nous verrons quelles sont les lésions qu'on a pu observer, puis la troisième partie sera consacrée à l'étude de la symptomatologie et du diagnostic. Enfin, nous envisagerons, dans le quatrième chapitre, le pronostic et la conduite à tenir.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les hommes sont le plus fréquemment atteints, du fait même de leur mode de vie et de leurs travaux, plus exposés qu'ils sont à subir des traumatismes. Dans tous les cas, ce sont surtout des hernies inguinales qui sont le siège de la contusion : d'abord parce que ce sont les plus fréquentes, et peut-être sont-elles plus facilement atteintes par les chocs extérieurs. Nous devons cependant signaler le cas de Huet, qui observe une rupture intestinale chez une femme qui fit une chute à califourchon, présenta un prolapsus de la paroi postérieure du vagin, et qui, à la laparotomie, avait un éclatement du côlon pelvien par contusion de son élytrocèle. Ce cas se termina par la mort. Il est exceptionnel. De même, Rousseau cite le cas d'une perforation intestinale par contusion d'une éventration sous-ombilicale. En dehors de ces deux cas, il s'agit toujours de hernies inguinales chez un homme. Cette hernie sera volumineuse ou très petite, méconnue même dans certains cas. En voici un exemple :

OBSERVATION I (résumée).

(DUGUET, Société anatomique, Paris, 1863.)

G..., 25 ans, reçut, en jouant avec un camarade, un coup de poing dans l'aîne droite. Le coup produisit une douleur vive, et le malade constata, non sans surprise, une petite tumeur. La douleur allant s'augmentant, le malade s'alita et fit appeler un méde-

cin. La tumeur fut facilement réduite. Nuit agitée, vomissements fécaloïdes. Adressé à l'Hôpital Saint-Louis, ce malade présentait un facies plombé, le pouls imperceptible, le ventre tendu. Dans l'aîne droite, on trouvait une tuméfaction un peu douloureuse, avec un anneau inguinal assez large et qui renfermait un contenu dont on ne pouvait déterminer la nature. Le malade disait n'avoir jamais eu de hernie. Son état empira et il succomba.

A l'autopsie, on trouva tous les signes d'une péritonite généralisée avec une anse intestinale perforée. Dans la région de l'aîne, existait un sac herniaire ayant le volume d'une petite noix.

Mais le choc peut intéresser une hernie protégée par un bandage, ou encore, une hernie nue non protégée. Notre Maître, M. le Professeur Guyot, a observé dans son service le cas d'un homme dont voici l'histoire :

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT,
service de clinique chirurgicale, Hôpital Saint-André.)

R... (Jean), 54 ans, cultivateur, est adressé dans le service de M. le Professeur Guyot, le 9 mai 1939. Cet homme, dans les antécédents duquel on ne trouve aucun fait intéressant, a été victime, vers 16 heures, d'un accident.

Alors qu'il soignait son cheval, il a reçu une ruade dans le bas-ventre. Le coup a porté sur la pelote d'un bandage herniaire qui contenait une hernie inguinale gauche, apparue de nombreuses années auparavant.

La douleur immédiate est forte. Après une accalmie rapide, elle réapparaît, plus aiguë, quelques minutes après, et siégeant cette fois dans l'abdomen. Le blessé est obligé de se coucher, et, son médecin suspectant une lésion inguinale, l'adresse à la Clinique chirurgicale de M. le Professeur Guyot. Pendant le transport, quelques vomissements surviennent. Aucun gaz n'est émis depuis l'accident. Le blessé, examiné dix heures après l'accident, a un facies anxieux, traduisant la souffrance qu'il ressent, une température à 37 degrés et un pouls à 90.

A l'examen, l'abdomen est rétracté, rigide, ne se mobilisant pas aux mouvements respiratoires. Au niveau de la région inguinale gauche, une légère éraflure indique le point d'application du traumatisme. A la palpation, ventre de bois dans toute son étendue. La douleur paraît diffuse, avec cependant un maximum dans la fosse iliaque gauche. L'exploration du trajet herniaire, qui est déshabité, est douloureuse. A la percussion, disparition de la matité préhépatique. Les différents autres appareils ne présentent rien de particulier.

Le diagnostic de perforation intestinale par contusion herniaire étant porté, le Docteur Goumain opère le malade à la dixième heure. Anesthésie générale à l'éther, laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, on constate la présence dans la cavité péritonéale d'une assez grande quantité de liquide trouble, qu'on aspire. L'exploration méthodique de l'intestin met en évidence une perforation d'une anse grêle ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc et siégeant sur le bord marginal de l'intestin. On pratique aisément la suture et l'enfouissement au fil de lin sans diminuer la lumière de l'intestin. Un drain et une mèche sont placés dans la cavité péritonéale à distance de la suture intestinale. Fermeture en trois plans.

Les suites opératoires sont normales. Les drains et la mèche enlevés le cinquième jour. Le blessé quitte le service vingt jours après.

Nous pourrions encore citer les cas de contusions sur bandages herniaires de Bougeot et Legrand (*Journ. de méd.*, 10 janv. 1921), qui ont amené des péritonites diffuses par perforation intestinale. La laparotomie n'ayant été faite que tardivement, il y eut mort des sujets.

De même, Migigniac (*Toulouse médical*, 15 déc. 1923) rapporte le cas d'un homme de 40 ans, qui reçut sur son bandage un coup, et qui mourut par rupture intestinale à la suite de ce choc du sac herniaire.

Est-ce à dire que les bandages herniaires sont des compagnons dangereux ? Il semble qu'ils jouent un rôle aggravant, car, à l'occasion du choc, la pelote du bandage peut

écraser les divers éléments de la hernie contre le plan osseux et déterminer ainsi les lésions que nous étudierons plus loin.

D'autres observations nous prouvent, d'ailleurs, que le traumatisme d'une hernie nue sans bandage peut être aussi dangereux. Voici en exemple 2 observations :

OBSERVATION III.

(AUDOUARD, *Société anatomique*, Paris, 1877.)

C..., âgé de 38 ans, reçoit dans une rixe un coup de pied au bas-ventre. A l'examen du malade, pas de traces de contusions dans l'abdomen. Cependant le pli de l'aîne gauche est douloureux. A l'orifice inguinal gauche, existe une petite hernie datant de quinze ans. Le malade ne s'en préoccupait pas et ne portait pas de bandage. L'état du malade empira, avec facies altéré, pouls petit, filiforme, douleurs abdominales violentes, vomissements, et mort brusque en quarante-huit heures. A l'autopsie, péritonite généralisée par perforation de l'intestin grêle.

OBSERVATION IV.

(MIGIGNIAC, *Toulouse médical*, 13 déc. 1923.)

X..., 37 ans, manipulant des caisses à claire-voie, fait un faux pas et tombe sur l'angle de la caisse. Vive douleur abdominale et perte de connaissance. Au bout de trente-trois heures, le malade présente les signes de péritonite généralisée, due à une rupture de l'intestin par contusion sur la hernie inguinale droite. La laparotomie, tentée malgré le pronostic fatal, ne donne pas de résultats satisfaisants, et le malade meurt par péritonite diffuse.

Ainsi, qu'il s'agisse d'une hernie avec ou sans bandage, hernie qui est l'objet d'un traumatisme extérieur, il peut se produire des lésions redoutables. Le mécanisme de la contusion est facile à saisir. Les organes herniés sont pour ainsi

dire à fleur de peau. La paroi est peu épaisse et peu résistante, incapable de contraction de défense devant l'agent vulnérant. Le plan osseux profond, constitué soit par le tranchant de la crête pectinéale, soit par la branche horizontale du pubis, est l'endroit où le contenu de la hernie vient s'écraser au point d'application du choc. Le bandage herniaire joue alors un rôle aggravant de premier plan.

La nature et la violence du traumatisme sont très variables : tantôt il s'agit d'un coup de pied de cheval en pleine hernie, tantôt d'une chute sur la région herniaire, tantôt de coups très violents, mais le traumatisme peut être beaucoup plus bénin et peu appuyé. Tels sont les cas que rapporte Chabrot dans son mémoire à la Société de chirurgie du 23 juin 1930. Dans un cas, il s'agissait d'un coup de pied qui avait frappé une hernie inguinale droite avec peu de violence. Dans l'autre cas, un homme de 70 ans, robuste, avait reçu sur la région inguinale gauche un petit portillon de métro.

Le mécanisme de l'écrasement est alors moins évident : il n'y a pas écrasement, mais éclatement. Devant le choc, les muscles intestinaux se contractent, chassent l'intestin hors du ventre dans le sac herniaire, en même temps que les piliers eux-mêmes se contractent, et, empêchant la réduction de la hernie, provoquent la rupture (à la façon de ces sacs de papier que les enfants gonflent pour les faire éclater d'un coup de poing).

Les traumatismes qui entraînent la contusion herniaire sont aussi variés que ceux qui peuvent intéresser la paroi abdominale en général. Le mécanisme de la rupture se fait soit par écrasement de l'anse grêle contre le tranchant du plan osseux profond, soit par éclatement, comme nous venons de l'indiquer.

CHAPITRE II

LES LESIONS

Les lésions que l'on peut observer sont diverses, mais toutes ne se présentent pas avec la même fréquence. Presque toujours l'organe blessé est l'intestin grêle. Si la rupture de l'intestin se fait par éclatement, nous observerons des déchirures à grand axe perpendiculaire à celui de l'intestin. La zone qui entoure la déchirure n'offre aucune modification.

Si la rupture se fait par écrasement — et c'est là le processus le plus fréquent — l'intestin présente une déchirure à bords irréguliers, déchiquetés. Autour de la plaie intestinale, on observe une zone ecchymosée et très congestionnée.

Cependant Lande et Derville ont publié dans les *Annales de médecine légale* de mai 1934 un cas de rupture intraherniaire du cæcum. Norris et A. Cooper signalent dans les *Œuvres chirurgicales* (t. 6) une contusion herniaire avec déchirure du mésentère et de l'iléon, entraînant une hémorragie qui fut mortelle. Patel, dans le *Lyon chirurgical* de janvier 1923, nous parle d'un homme de 63 ans, porteur d'une volumineuse hernie inguinale gauche, qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, présenta un hématome périsacculaire qui guérit fort bien, grâce à une intervention précoce. Americo-Valerio, dans la *Presse médicale* du 12 septembre 1923, cite l'observation d'un homme de 62 ans, porteur d'une hernie qui fut violemment traumatisée lors de son travail. A l'opération, on trouva de grandes plaques de sang noir, et une vaste quantité de sang liquide, dues à la rupture du sac herniaire. L'intestin ne présentait pas de perforations.

Il ressort nettement, en dehors de ces cas extrêmement rares d'hémorragies ou de rupture du gros intestin, que les lésions sont surtout sur l'intestin grêle. Si le traumatisme détermine la plupart du temps une perforation du bord libre de l'intestin, il ne faut pas perdre de vue qu'une contusion plus superficielle ne détermine qu'une escarre, dont la chute ultérieure peut être à l'origine d'une péritonite aiguë.

CHAPITRE III

LES SYMPTOMES — LE DIAGNOSTIC

Cliniquement, les contusions herniaires avec perforation intestinale se présentent de deux façons : une forme péritonéale et une forme herniaire.

Dans la forme péritonéale, qui est la plus fréquente, l'anse perforée se réduit dans le ventre. L'aspect clinique est alors celui d'une péritonite généralisée par perforation. C'est le cas du malade de notre Maître, M. le Professeur Guyot, qui, dix heures après l'accident, présentait un facies anxieux, un pouls plus rapide que normalement, et un abdomen rétracté, rigide, ne se mobilisant pas aux mouvements respiratoires. Son ventre était contracturé, véritable ventre de bois. A la percussion, la matité préhépatique avait disparu. La douleur avait un maximum dans la fosse iliaque gauche, précisément au niveau de l'endroit correspondant à la hernie, alors que l'exploration du trajet herniaire montrait que celui-ci était déshabité. On notait, en outre, un arrêt des matières et des gaz. Des vomissements étaient apparus lors du transport du malade à l'hôpital.

N'est-ce pas là l'aspect clinique d'une péritonite généralisée par perforation ? Il se peut que, du côté de la hernie, les signes soient beaucoup plus variables. Parfois, comme dans le cas que nous citons, la région inguinale et le trajet herniaire vidés de sa hernie sont extrêmement douloureux. Parfois, comme dans l'observation de Chavignez (Société anatomique, Paris, 1839) et dans celle de Thiéry (Société anatomique, Paris, 1892), le malade ne ressent aucune douleur du côté contusionné.

A côté de cette forme péritonéale avec ventre de bois, sonorité préhépatique, vomissements, arrêt des matières et des gaz, forme qui est la plus fréquente, il en existe une autre dont l'aspect est un peu particulier : c'est la forme herniaire. La différence essentielle qui existe entre les deux formes, c'est que, dans la seconde, l'anse contuse, adhérente, n'entre pas dans le ventre. Il découle de là un tableau clinique qui se rapproche de celui de l'étranglement herniaire. Tel est le cas observé par Pinatelli et Rivière (*Arch. gén. de méd.*, 1904).

OBSERVATION V.

(PINATELLI ET RIVIÈRE, 1904.)

B... (Joseph), 71 ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour des accidents consécutifs à un traumatisme abdominal survenu deux jours auparavant. Il avait été renversé par un fiacre, dont la roue lui était passée sur le bas-ventre du côté droit. Bien qu'étourdi il s'était relevé et avait regagné seul son domicile. Dès son arrivée chez lui, apparaissaient de vives douleurs dans l'hypogastre droit. Envoyé aussitôt à l'hôpital, on constata la présence de deux hernies inguinales, dont la gauche était facilement réductible. Au contraire, la droite était douloureuse, tendue, sonore et irréductible. Le malade n'émettait ni gaz, ni matières depuis l'accident. Le médecin de service, croyant à une hernie étranglée au cours d'efforts faits durant le traumatisme, essaya, sous anesthésie, de réduire la hernie. Il y parvint aisément. Au lieu d'une amélioration, on note, dans les heures qui suivirent, une aggravation de l'état du malade avec accélération du pouls, vomissements, ventre de bois, indiquant une péritonite. La herniotomie est alors tentée. Le sac est plein de pus et l'anse parfois y baigne. Malgré un drainage la péritonite se généralise et le malade meurt quelque temps après.

Cette observation est un bon exemple de la forme herniaire des contusions. Celle-ci revêt l'aspect d'un étranglement avec

douleur, tension douloureuse, irréductibilité, arrêt des matières et des gaz. Cet exemple nous apprend également que le danger, dans cette forme, est d'essayer de réduire la hernie. Comme nous l'indiquions plus haut, dans le chapitre des *Lésions*, l'intestin est perforé par le traumatisme ou peut présenter une escarre, qui, tombant ultérieurement, provoque la perforation de l'anse. Si l'on parvient à réduire la hernie, on détermine du même coup un symptôme de péritonite aiguë, qui amène la mort du malade. En dehors de cette observation que nous venons de citer (obs. de Pinatelli et Rivière), signalons encore celle de Migigniac (*Toulouse médical*, déc. 1923), que nous rapportons plus haut.

Nous dirons avec Chabrut, pour en conclure de cette forme herniaire des contusions, que « chaque fois qu'une hernie, à la suite d'un traumatisme, présente des phénomènes d'étranglement, il faut se garder surtout de toute tentative de réduction par manœuvres externes ».

Ainsi donc, les symptômes de la contusion herniaire sont tantôt ceux d'une péritonite dans la forme péritonéale, tantôt ceux d'un étranglement herniaire dans la forme herniaire.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT ET PRONOSTIC

Dans tous les cas, le traitement qui s'impose est l'opération, car c'est le seul traitement logique. La perforation intestinale entraînant la péritonite, un premier point très important est la promptitude de l'acte opératoire. En effet, dans toutes les observations que nous avons citées, et, en particulier, dans le cas observé dans le service de M. le Professeur Guyot, c'est la précocité de l'intervention; dans les dix premières heures, qui fit tout le succès de l'acte chirurgical. Un autre exemple nous est fourni par l'observation de Verdelet, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1900).

OBSERVATION VI.

(VERDELET, Bordeaux, 1900.)

Il s'agit d'un homme de 45 ans, qui avait une hernie inguinale droite facilement réductible. Le 4 mai 1900, vers 3 heures de l'après-midi, cet homme pensait son cheval, quand celui-ci lança une violente ruade, qui l'atteignit à l'aîne droite, sur sa hernie. Aussitôt s'établissent les symptômes d'une contusion herniaire à forme d'étranglement : la hernie est toujours dans son sac, elle est douloureuse, irréductible, l'arrêt des matières et des gaz est complet. On intervient vers 7 heures du soir en ouvrant le sac herniaire et en réduisant l'intestin; qui est très congestionné, avec

tendance à l'escarre, mais qui n'est pas perforé. L'état du malade n'a pas permis une cure radicale plus étendue. Un drain est mis en place. Les suites opératoires sont excellentes. Deux heures après l'opération, émission de gaz. Puis tout rentre dans l'ordre. Trois semaines après le malade sort guéri.

Il est certain que c'est la promptitude de l'acte opératoire qui a évité la formation de l'escarre, qui eût provoqué une péritonite généralisée. Cependant, faut-il se borner à intervenir uniquement sur la hernie ?

Chabrut est d'avis, dans tous les cas, d'ouvrir le sac herniaire, et, s'il y a lieu, de faire une hernio-laparotomie. Cette hernio-laparotomie présenterait l'avantage de faire l'inventaire des lésions locales, de diffuser moins d'infection, et de permettre la réfection du canal inguinal. C'est ce que fit Verdelet, mais il dit bien que l'état de choc de son malade l'empêcha de tenter une opération plus considérable, qui lui aurait permis un examen plus approfondi des parties contuses. D'autre part, la hernie n'était pas sortie de son sac.

La hernio-laparotomie ne semble devoir être retenue que dans les cas où le malade est très choqué et où la hernie est encore dans le sac herniaire. La laparotomie médiane nous semble de beaucoup l'opération de choix, surtout si elle est faite dans les heures qui suivent la contusion. Elle permet, en effet, un inventaire sérieux des organes intra-abdominaux susceptibles d'avoir été blessés. Pouchet, dans le *Bulletin et mémoires de l'Académie de chirurgie* (23 mai 1931), fut obligé, après avoir tenté de suturer une perforation du grêle par éclatement dans une contusion herniaire, de faire une laparotomie médiane. Celle-ci lui permit de bien examiner tous les organes atteints, d'aspirer le liquide qui se trouvait dans le péritoine, et de faire un bon drainage sus-pubien, ce qui amena la guérison de son malade.

L'examen plus approfondi des organes abdominaux n'est pas le seul avantage de la laparotomie. Elle permet de mieux vider le liquide épanché dans le péritoine libre. Elle est

moins mutilante que la hernio-laparotomie, et offre plus de facilité de manœuvres.

En résumé, une seule indication de la voie inguinale, c'est le pseudo-étranglement herniaire. Dans tous les autres cas, la laparotomie médiane est la voie de choix.

Le pronostic est grave, si l'on en juge par les résultats publiés. Demarez et Vatel en relèvent 25 observations, dont les résultats sont les suivants :

18 morts;
1 résultat inconnu;
6 guérisons.

Dans les observations que nous avons relevées, sur 6 cas, 2 seulement sont guéris. Il s'agit de malades de l'observation II et de l'observation VI. Dans ces deux cas, le diagnostic avait été précocement fait, et il s'ensuivit un traitement rapide. Dans les observations I, III et V, la laparotomie ne fut faite que trop tardivement. Dans l'observation V, c'est une manœuvre intempestive de réduction qui aggrava l'état du sujet et l'entraîna à la mort.

De ces différents exemples, il ressort nettement que le pronostic, qui doit toujours être réservé, est cependant fonction de la précocité du traitement, lui-même fonction du diagnostic.

Il ne faut pas perdre de vue les deux formes cliniques de la contusion herniaire : la forme péritonéale, qui nous rappelle tous les symptômes de la péritonite aiguë; la forme herniaire, qui nous apparaît avec ses signes de pseudo-étranglement. Si le diagnostic est fait dans les heures qui suivent le traumatisme, le malade immédiatement opéré a de très grandes chances de guérir. C'est là tout le secret du succès d'une laparotomie médiane faite dans de bonnes conditions. Toute hésitation ou toute temporisation sont nuisibles au patient. Ne pas se décider à intervenir, c'est s'exposer à retrouver son malade avec une péritonite diffuse en

pleine évolution et à un degré avancé d'une intoxication générale profonde. Le malade, quoi qu'on en fasse, succombera alors.

Si le pronostic de contusion herniaire apparaît plus sombre que celui des contusions abdominales, c'est probablement parce que, dans les contusions herniaires, le diagnostic est moins facilement posé, d'où, en général, intervention plus tardive.

CONCLUSIONS

I. — Les contusions portant sur des hernies nues doivent être considérées comme particulièrement redoutables. Le bandage est souvent une cause aggravante.

Il faudra toujours craindre à la suite de ces accidents une lésion profonde possible, qui sera presque toujours une perforation intestinale faite par écrasement, éclatement, ou chute d'une escarre qui s'est formée lors du traumatisme.

II. — La forme clinique péritonéale est la plus fréquente; l'anse grêle perforée revient dans l'abdomen après le choc et produit une péritonite généralisée, si le diagnostic n'est pas fait à temps.

III. — Nous ne saurions trop insister sur la précocité de ce diagnostic, c'est-à-dire avant les signes classiques de péritonite.

On constatera alors que la température et le pouls sont presque normaux, une immobilité de l'abdomen aux mouvements respiratoires, et à la palpation un ventre douloureux, contracturé, « un ventre de bois ».

IV. — L'intervention, qui doit suivre très rapidement le diagnostic, sera la laparotomie médiane, qui permet l'exploration plus méthodique des organes intra-abdominaux, une réparation plus efficace de l'anse perforée, un drainage plus complet du péritoine.

V. — La forme clinique herniaire qui correspond à un syndrome de pseudo-étranglement est due à ce que l'anse contuse adhérente n'entre pas dans le ventre.

VI. — Le diagnostic précoce s'impose là aussi, et se fera sur la tension douloureuse de la hernie, son irréductibilité, l'arrêt des matières et des gaz.

VII. — Il ne faut jamais pratiquer la réduction d'une hernie contusionnée, devenue irréductible. On risque fort de transformer une péritonite herniaire localisée en une péritonite diffuse mortelle.

VIII. — Seulement, dans les cas de contusions suivies de pseudo-étranglement herniaire, la hernio-laparotomie a une indication.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

PIERRE MAURIAC.

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 27 septembre 1939.

Le Recteur de l'Académie,

G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICO-VALERIO. — *Presse médicale*, sept. 1925.
- AUDOUARD. — Société anatomique, Paris, 1877.
- BOUGEOT et LEGRAND. — *Journal de médecine*, janv. 1921.
- CHABRUT. — Société de chirurgie, juin 1930.
- CHAVIGNEZ. — Société anatomique, Paris, 1839.
- DEMAREZ et WATEL. — *Revue de chirurgie*, p. 535.
- DUGUET. — Contusions herniaires. *Bulletin de la Société anatomique*, 1863.
- GUYOT et GOUMAIN. — *Journal de médecine de Bordeaux*, sept. 1939.
- HUET. — Contusions herniaires. Société nationale de chirurgie, 27 juin 1934.
- KEY. — Case of rupture of intestine from ablow on a reductible scrotal hernia. *London Medecin Magazine*, 1827, n° 8.
- LANDE et DERVILLE. — *Annales de médecine légale*, mai 1934.
- MIGIGNAN. — *Toulouse médical*, déc. 1923.
- PATEL. — *Lyon chirurgical*, janv. 1925.
- PINATELLI et RIVIÈRE. — *Archives générales de médecine*, 1904.
- THIÉRY. — Société anatomique, Paris, 1892.
- VERDELET. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1900.

